

**VIEIRA & CAVALCANTI**  
ADVOGADOS

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** VIRGILIO REIS DA SILVA

Profissão, DESAMONESTADO, brasileiro, Estado Civil, SOLTEIRO, portador da RG. 3.652.353 SDS-PE e CPF nº 330.114.254-00 nascido em 05/04/1940, Residente e Domiciliado na Rua M. Paz, nº 63, Bairro, OURO BRANCO, Município: OLINDA -PE. CEP. 53370-210 Tel. 81 98652-1910.

**OUTORGADOS - VIEIRA & CAVALCANTI ADVOGADOS**, escritório de advocacia inscrito sob o CNPJ nº 24.958.391/0001-10, neste ato representado pelos seus sócios **Bruno Vieira Fernandes Pinheiro**, brasileiro, advogado, OAB/PE 27.264 e **Guilherme Trindade H. B. Cavalcanti**, brasileiro, advogado, OAB/PE 27.322 com sede na Rua Francisco Alves, 105, sala 308, Ilha do Leite, Recife - PE.

**PODERES:** - Pelo presente instrumento particular de procuração o (a) OUTORGANTE constitui como seus bastantes procuradores os OUTORGADOS, com os poderes conferidos pela cláusula "Ad Judicia Et Extra", para o foro em geral, podendo agir perante qualquer juízo, instância ou tribunal, ou representá-lo em negociação junto à instância Administrativa, em conjunto ou isoladamente, acordar, transigir, contestar, desistir, indicar provas, testemunhais e especialmente declarar que o autor é pobre na forma da lei, conforme Lei Federal nº 7.115/83, bem como substabelecer com ou sem reservas de poderes, requerer e firmar compromisso, sempre no interesse do outorgante. Solicitar junto ao INSS e a Receita Federal toda e qualquer tipo de informação previdenciária, bem como cópias do processo administrativo. E por fim, concede aos seus patronos-advogados, poderes para renunciar ao crédito excedente a sessenta (60) salários mínimos dos Juizados Especiais Federais.

**CONTRATO:** Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios de 30% (trinta por cento) dos benefícios econômicos auferidos brutos, em caso de êxito.

**Parágrafo Único** - Os valores serão pagos à - VIEIRA & CAVALCANTI ADVOGADOS, escritório de advocacia inscrito sob o CNPJ nº 24.958.391/0001-10, com sede na Rua Francisco Alves, 105, sala 308, Ilha do Leite, Recife - PE, e o contratante autoriza desde já a **RETENÇÃO** dos honorários advocatícios em favor do contratado, por ocasião do pagamento judicial.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Declaro com fundamento na Lei Federal Nº. 7.115/83, para fins de prova junto a este juízo, que sou pobre, não tenho condições financeiras de arcar com as custas processuais, declaração esta que faço sob as penas da lei e sob minha própria responsabilidade.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

x Virgilio Reis da Silva  
**OUTORGANTE**

Testemunhas: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



05/09/2019

**Ministério da Fazenda  
Receita Federal****COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**  
**736.114.254-00**

**Nome**  
**VIRGILIO REIS DA SILVA**

**Nascimento**  
**05/04/1970**

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**450B.F764.F951.C29E**



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil**  
**às 14:52:28 do dia 05/09/2019 (hora e data de Brasília)**  
**dígito verificador: 00**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**





Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº **1400713778**

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

## DADOS DO CLIENTE!

**WILLIAMS JOSE RAMOS E SILVA-  
PROX.A RENAVE OFICINA DE  
CARROS**

## DATA DE VENCIMENTO

**07/10/2019**DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL

04/09/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

04/09/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

075902584

## CONTA CONTRATO

**2839168015**

## CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

## ENDEREÇO

PROX.A RENAVE OFICINA DE CARROS -  
RUA DA PAZ 63 -OURO PRETO/OLINDA  
-53370-269 OLINDA PE -

## TOTAL A PAGAR

**R\$ 54,61**

## PERÍODO CONSUMO

05/08/2019 a 04/09/2019

## CONSUMO

59

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 12,33

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

## CONTA CONTRATO

2839168015

## MÊS/ANO

09/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 54,61

## VENCIMENTO

07/10/2019

## TALÃO DE PAGAMENTO

**Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitora ótica.**

838000000009 546100110029 839168015109 141448782131



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190605289**

**Vítima: VIRGILIO REIS DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VIRGILIO REIS DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **VIRGILIO REIS DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000000874**

Conta: **0000061315-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01635/01636 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020818







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC  
DIM/7ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114006993**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/08/2019** às **12:00**

Complementa o BO Número: **19E0114006627**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **26/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AV.SENADOR NILO SOUZA COELHO, OURO PRETO, LINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
VIRGILIO REIS DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**VIRGILIO REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VALDETE REIS DA PAZ Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA Data de Nascimento: 5/4/1970 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3652353/SDS/PE (RG), 73611425400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: PEDREIRO (A)**  
Residencial: **AV SEN. NILO E SOUZA COELHO 3340, OURO PRETO, OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Residencial: **OLINDA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

**INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA DESCRITA NESTE B.O, EM OURO PRETO, OLINDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELOU, E LOGO EM SEGUIDA EMPREENDEU FUGA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, LÁ FICOU CONSTATADO QUE ELE SOFREU UMA FRATURA DO FEMUR DA PERNA DIREITA.**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Virgílio Reis da Silva*

**VIRGILIO REIS DA SILVA**

**(VITIMA)**

*[Assinatura]*

B.O. registrado por: **Sandra Maria Medeiros Fialho** - Matrícula: **3853985**

Imprimir





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SAMU OLINDA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **VIRGILIO REIS DA SILVA**, portador do R.G. 3.652.353 SDS-PE, foi socorrido pelo SAMU-192 Olinda - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, nº de ocorrência S-633312, no dia 27/05/2019, aproximadamente as 09:40h, na Av. Senador Nilo Souza Coelho, Ouro Preto - Olinda-PE, próximo a barraca Acerola, domicílio causas externa, acidente de trânsito (atropelamento por carro no dia 26/05/2019). Encaminhado UPA Olinda.

Olinda, 13 de Agosto de 2019.

Carlos Alberto  
Adm./SAMU-192 Olinda

**Carlos Alberto A. de Souza**  
**Auxiliar Administrativo**  
**Mat: 000457**  
**SAMU - Olinda 192**

Avenida Santos Dumont, N.º 177 – Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.  
E-mail: samu.olinda@hotmail.com  
Fone: 81 – 3439-6523





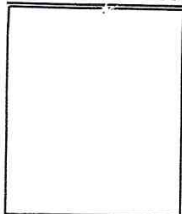


## UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/05/2019 10:24

	Nome Paciente:	VIRGILIO REIS
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	05/04/1970
	Sexo:	Masculino
	Idade:	49
	Senha:	0124
	Convênio:	-
Atendimento:		
SAME:		

Período: 27/05/2019 10:28 - 27/05/2019 10:29

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO ONTEM , REFERE DOR ME MID

Observação: ALERGIA -  
HAS -  
DM -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/05/2019 10:29

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	VIRGILIO REIS DA SILVA			6 - Nº Prontuário	126093
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898000162510855	05/04/1970	Masculino [X] 1 Feminino [ ] 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	VALDETE REIS PAZ			12 - Telefone de Contato	8198658191
13 - Nome Responsável	CLEIDE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	AVENIDA SENADOR NILO COELHO, 3340 - OURO PRETO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53370970		

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
Paciente, 49 ANOS, REFERE TER SIDO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HA 01 DIA. RELATA DOR E DÉFICIT FUNCIONAL EM QUADRIL DIREITO. NEGA  
LESÕES E COMORBIDADES COMUNS. É ALCOOLISTA.

21 - Condições que justificam a Internação  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
EXAME CLÍNICO E RADIOLOGICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO COLO DO FEMUR DIREITO	S720	W199 V03.9	

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR (SINTESE)	0408050489		
Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	204324792650006
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE	27/05/2019	13344	

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajetos			
45 - Vínculo com a Previdência			
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
( ) CNS ( ) CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dr. Antonio Albuquerque Queiroz Ortopedista Traumatologista CRM-PE 19137 / TEOT 14714	

**AIH**  
**261910218247-7**

Código do Laudo: 479515





## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimen **79563**

Usuário: MAIAR.FS

### DADOS DO PACIENTE

<b>Paciente:</b> VIRGILIO REIS DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 126093	
<b>Idade:</b> 49a 1m 22d	<b>Sexo:</b> M	<b>Estado Civil:</b> SOLTEIRO	<b>Data de Nascimento:</b> 05/04/1970
<b>Profissão:</b>		<b>Escolaridade:</b>	
<b>R.G.:</b> 3652353	<b>C.P.F.:</b>	<b>Telefone:</b>	<b>CEP</b> 53370970
<b>Endereço:</b> AVENIDA SENADOR NILO COELHO		, 3340 - OURO PRETO - OLINDA - PE	
<b>Dados da Internação</b>			
<b>Origem:</b> URGENCIA/EMERGENCIA		<b>Data e Hora da Internação:</b> 28/05/2019 07:51	
<b>Convênio:</b> SUS - INTERNACAO		<b>Plano:</b> GERAL	
<b>Unidade Internação:</b> VERDE 2 ORTOPEDIA		<b>Acomodação:</b> ENFERMARIA DE OBSERVACA	
<b>Médico Internação:</b> ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE		<b>Leito:</b> VERD2-07	

### DADOS DO RESPONSÁVEL

<b>Nome:</b>	<b>R.G.:</b>	<b>C.P.F.:</b>
<b>Endereço:</b>	<b>- Número:</b>	<b>FATURADO</b> 26/06/19
<b>one:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Estado civil:</b>
		CLAUDEAN SOUSA FATURISTA Ens.

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

<b>Data da Alta:</b> 06/06/19	<b>Hora da Alta:</b> _____ : _____
<b>Motivo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
<b>Condições de Alta:</b> Boas condições clínicas	
<b>Diagnóstico Principal.....:</b> Fratura do Colo do Fêmur Direito	
<b>Diagnóstico Secundário01.:</b> Estável	
<b>Diagnóstico Secundário02.:</b>	
<b>Medicamento.....:</b> RFFI com parafusos canulados	
<b>Assinatura e RG</b> Alexandre Camilo D. Silva Responsável pela retirada do paciente	
<b>Médico e CRM:</b> Dra. Ianele Braga Ortopedia/Traumatologia CRM 22.198	

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Virgilio Reis da Silva*  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 479515      Prontuário: 126093      SAME: 112846  
Paciente..... : VIRGILIO REIS DA SILVA  
Endereço..... : AVENIDA SENADOR NILO COELHO  
Bairro..... : OURO PRETO  
Cidade..... : OLINDA  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA  
CID Principal..... : -  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída..... : 28/05/2019

Hora Atend: 22:21      Data Atend: 27/05/2019  
Idade: 49 a

UF.: PE      CEP: 53370970  
Plano...: PLANO UNICO

Hora Saída : 07:49

Prestador da Evolução Médica: **ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE**

**DIAGNOSTICO**

A PEDIDO DA ENFERMEIRA DE PLANTAO

ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE / 13344  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/05/2019 22:16

  
**Nome Paciente:** VIRGILIO REIS DA SILVA  
**Cód. Paciente:** 126093  
**Data de Nascimento:** 05/04/1970  
**Sexo:** Masculino  
**Idade:** 49  
**Senha:** 0042  
**Convênio:** 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
**Atendimento:** 479515  
**SAME:** 112846

Período: 27/05/2019 22:52 - 27/05/2019 22:57

THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Dor:  VERDE

Queixa Principal: PCR TRANSFERIDO DA UPA DE PAULISTA, SENHA 5692401, SUSPEITA DE FRATURA DE COLO DE FEMUR, PCT RELATA TER FEITO USO DE BEBIDA ALCOOLICA, VITIMA DE ATROPELAMENTO HA MAIS DE 12H. NÃO SABE INFORMA SE HOUVE DESMAIO OU VOMITO

Exatidão: NEGA ALERGIA, HAS - OU DM -

Antecedente sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS  
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 10  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 72.00 BPM  
- GLICOSE: 124.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 170.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 110.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %  
- TEMPERATURA(C): 37.30 °C

REVISADO

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele

Sim ( ) Não (X)  
Local: Thalita Maryah  
COREN-PB 339753-EM  
Enfermeiro

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/05/2019 22:57

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

Atendimento: 479515

Senha da Classificação:

**0042**

Data e Hora: 27/05/2019 22:21

Paciente: 126093 VIRGILIO REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/04/1970 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: VALDETE REIS PAZ

Nome do Pai: FRANCISCO BRAZ DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: AVENIDA SENADOR NILO COI --

3340

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: ROBERTAMB

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_

Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 23h

Queixa Principal

Vide Internamento

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Fx de Cdo Femur



Prescrição Médica

1)

Internamento

Mariana Adour  
CRM: 25.483

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação







**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



### Protocolo de Encaminhamento

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5692401

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Idade: 49

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_

Pac: 429807 - VIRGILIO REIS DA SILVA

Fone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Mãe: VALDETE REIS DA PAZ

09/04/1970

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: Oliveira

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/MOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S ( ) N ( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Per. Quadrit (E)

Hipótese Diagnóstica: Fratura Colo do fêmur (E)

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\*: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifoide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100







**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 05/06/2019

Hora.....: 11:34

Aviso de Cirurgia : 57078

Paciente : 126093

Convênio Atend. : 1

Leito : 83

Dt. Início : 05/06/2019 09:40

Cid Pré-Operatório : S728

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002

SALA 02

VIRGILIO REIS DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-514-LEITO 003

Dt. Fim : 05/06/2019 10:55

FRATURAS DE OUTRAS PARTES DO FEMUR

Atendimento : 479563

Carteira :

Idade : 49 Anos

Procedimento: 0408050489

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA PROXIMAL (COLO) DO FEMUR  
(SINTESE) (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO  
ANESTESISTA15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA  
9136 JULIO CESAR CAVALCANTI MAIA**Descrição Cirúrgica :**DIAGNOSTICO: FRATURA DO COLO FEMORAL DIREITO  
CIRURGIA : REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM

CIRURGIAO: DR. JULIANO MACHADO

1º AUXILIO : DR. THIAGO MENDONÇA

2º AUXILIO : DRA. MARIANA CAVALCANTI

ANESTESIA : RAQUIANESTESIA

ANESTESISTA : DR. JULIO MAIA

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA :

**DESCRICAO**

1) DECUBITO DORSAL EM MESA DE TRAÇÃO

2) REALIZAÇÃO DE REDUÇÃO FECHADA COM CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS

3) INSERÇÃO DE 3 FIOS GUIAS EM FORMATO TRIANGULAR NO COLO FEMORAL E CHECAGEM NO INTENSIFICADOR DE IMAGENS

4) RESAGEM DO TRAJETO E INSERÇÃO DE PARAFUSOS CANULADOS 7.0 MM : 2 PARAFUSOS 95 , SENDO UM COM ARROELA

5) NÚMERO 105

6) SUTURA

7) CURATIVO

8) VERIFICADO BOA PERFUSÃO DISTAL

**Sangue e Derivados:**

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**FATURADO  
26/06/19  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTADR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA  
CRM : 15979

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR







HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**



## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: VIRGILIO REIS DA SILVA

IDADE: 49 A SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 27/05/19

REG: 126093

DATA DA ALTA: 6/6/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DE COLO DO FÊMUR DIREITO

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- DEAMBULAR COM USO DE ANDADOR COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- NÃO DEITAR SOBRE LADO OPERADO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
**Dra. Inele Braga**  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 22.496

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

